INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

JESSICA ISABEL MONTERO GARCIA

C.C 1140831979 BARRANQUILLA

VALOR DEL PAGO MENSUAL: DOS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL (**$**2.000.000)

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB.

PERIODO A CANCELAR: SEGUNDO PAGO CONTRATO **20251257**

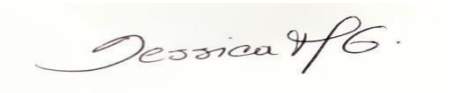
No. Contrato: 20251257 **No. CDP. 251008** **No. RP. 253857**

CUENTA PARA CONSIGNAR: CUENTA DE AHORRO **0550488440889787**

DAVIVIENDA

BARRANQUILLA, 27 DE NOVIEMBRE 2025

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 255450 **Fecha:** 02/12/2025 **Hora:** 16:02:04
Asunto: CUENTA DE COBRO 20251257 SEGUNDO PAGO
Anexos: 7 FOLIOS
Remite: JESSICA ISABEL MONTERO GARCIA
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO



JESSICA ISABEL MONTERO GARCIA
CC. 1140831979 DE BARRANQUILLA
CEL: 3004292235
CORREO: monterojessica237@gmail.com

Anexo: Informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación rete fuente a título de impuesto de renta

Fecha:	**27**	**de**	**Noviembre**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial __Parcial _X_ Final__

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20251257
Tipo de contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Nombre de Contratista:	JESSICA ISABEL MONTERO GARCIA
Objeto del contrato: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA- IUB.	

Valor del contrato:	**$ 5.266.666.00**			**RP Número:**	**253857**
Rubro:	**2.1.2.02.02.009 - SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES**	**Fuente de Financiación:**	**RECURSOS PROPIOS**	**Centro de Costo:**	**VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**06 DE NOVIEMBRE 2025**		**Fecha de finalización:**	**19 DE DICIEMBRE 2025**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fecha de reinicio:**	

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	N/A
Tipo de contrato:	N/A
Nombre de Contratista:	N/A
Objeto del contrato:	N/A

Valor del adicional contrato:	**$ N/A**	**Valor Total Del Contrato**	**$ N/A**	**RP Número:**	**N/A**
Rubro:	**N/A**	**Fuente de Financiación:**	**N/A**	**Centro de Costo:**	**N/A**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**N/A**		**Fecha de finalización:**	**N/A**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N/A**		**Fecha de reinicio:**	**N/A**

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: DOS MILLONES DE PESOS ($ 2.000.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	**SEGUNDO PAGO CONTRATO 20251257**

GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):				
Amparos	**Aseguradora**	**No de Póliza**	**Vigencia**	
			Desde (dd-MM-yyyy)	**Hasta (dd-MM-yyyy)**
Calidad del servicio	N/A	N/A	N/A	N/A
Cumplimiento	N/A	N/A	N/A	N/A
Anticipo	N/A	N/A	N/A	N/A
Pago anticipado	N/A	N/A	N/A	N/A
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	N/A	N/A	N/A	N/A
Salarios y prestaciones	N/A	N/A	N/A	N/A
Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A	N/A	N/A	N/A
Otros	N/A	N/A	N/A	N/A

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	$ 178.700	OCTUBRE
Pensión	**16%**	$228.700	OCTUBRE
ARL		$ 7.600	OCTUBRE

CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES REVISOR FISCAL – REPRESENTANTE LEGAL (Persona Jurídica) Fecha (dd/mm/aaaa)	

CONTRATO		**20251257**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 5.266.666**	**20250102199**	**$ 16.000**	**09/11/2025**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
Estampilla Pro Cultura	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
Bono al Deporte	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**

ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro Cultura	N/A	N/A	N/A	N/A
Bono al Deporte	N/A	N/A	N/A	N/A

PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Electrificación Rural	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Cultura	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Desarrollo	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Anciano	N/A	N/A	N/A

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ		
Por parte del contratista:	JESSICA ISABEL MONTERO GARCIA		
Lugar donde se realiza la reunión	**OFICINA DE BIENESTAR INSTITUCIONAL**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	**8:00AM**	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**9:00AM**

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Apoyar en la planificación, organización y ejecución de las actividades de bienestar.	1. Se brindo apoyo en la planificación, organización y ejecución de las actividades de bienestar.
2. Realizar la revisión detallada de las cuentas de cobro mensuales presentadas por los contratistas del área de bienestar, verificando que los montos y conceptos estén correctos y ajustados a los acuerdos establecidos.	2. Se realizó la revisión detallada de todas las cuentas de cobro mensuales presentadas por los contratistas del área de bienestar, verificando que los montos y conceptos estén correctos y ajustados a los acuerdos establecidos.

3. Realizar la revisión de los documentos solicitados a los nuevos contratistas, verificando que estén correctos y ajustados a los acuerdos establecidos.	3. Se realizó la revisión adecuada de los documentos solicitados a los nuevos contratistas, verificando que estén correctos y ajustados a los acuerdos establecidos.
4. Apoyar en la coordinación de actividades recreativas para los hijos de contratistas, funcionarios y estudiantes de la universidad.	4. Apoye en la coordinación de actividades recreativas para los hijos de contratistas, funcionarios y estudiantes de la universidad.
5. Aportar ideas y soluciones creativas para la creación de actividades, eventos y celebridades de bienestar, estando abierta a trabajar en conjunto con el equipo de bienestar institucional.	5. Aporté muchas ideas y soluciones creativas para la creación de actividades, eventos y celebridades de bienestar, estando abierta a trabajar en conjunto con el equipo de bienestar institucional.
6. Apoya en la implementación del plan de acción de bienestar institucional.	6. Se realizó el apoyo total en la implementación del plan de acción de bienestar institucional.
7. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	7. Asistí a todas las reuniones que convocó el supervisor del contrato.
8. Realizarse los exámenes médicos ocupacionales que exige la Ley.	8. Me realicé todos los exámenes médicos ocupacionales que exige la Ley.
9. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	9. Cumplí con asistencia a todas las reuniones que convocó el supervisor del contrato.
10. Cumplir de buena fe con el objeto del contrato.	10. Cumplí a totalidad de buena fe con el objeto del contrato.
11. Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.	11. Asumí todos los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.
12. Encontrarse al día en el pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato.	12. Me encuentro al día en el pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato.
13. Realizar la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del mismo.	13. Realicé la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del mismo.

EVALUACIÓN AL PROVEEDOR O CONTRATISTA

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción. Donde 1 es el mínimo y 5 el máximo:

OPCIONES A EVALUAR	1	2	3	4	5
Cumplimiento al objeto del contrato					X
Calidad de las especificaciones del bien o servicio					X
Cumplimiento de la entrega					X
Atención al cliente por parte del contratista					X

Calificación proveedor o contratista: 5.0

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**

Fecha de la próxima reunión	**11**	**De**	**DICIEMBRE**	**de**	**2025**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (27) días del mes de noviembre 2025				
Veintisiete	días del mes de	Noviembre	de	2025

BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ
Supervisor o Interventor

JESSICA ISABEL MONTERO GARCIA
Contratista

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140831979		MONTERO GARCIA JESSICA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dig54#9-37	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3004292235	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1960412509	9493584659	I	2025/11/21	2025/11/27	NEQUI	6	$415,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 1140831979	MONTERO JESSICA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140831979		MONTERO GARCIA JESSICA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dig54#9-37	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3004292235	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1960412509	9493584659	I	2025/11/21	2025/11/27	NEQUI	6	$415,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$900	$0	$228,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$900	$0	$228,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$700	$0	$178,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$700	$0	$178,700
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$1,700**	**$0**	**$415,000**